

Browser tabs: Email - Alana L., Autores, Mensagens, Controle de d..., PJe Consulta proce..., PJe 0800632-85.20, PJe 0814499-82.20, (42) WhatsApp.

Address bar: tjpi.pjejus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=251371&ca=db9a5c985346c4a0e83b74b83540492477e5bac6e91fd...

Page Header: ProOrd 0814499-82.2019.8.18.0140 MARCONIS NOBRE DE SENA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

Page Title: 8814897 - CONTESTAÇÃO (2701943 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)

Subheader: Junitado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/03/2020 17:10:47

Left Sidebar: 12 Mar 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 8813651 - CONTESTAÇÃO
 - 8814897 - CONTESTAÇÃO (2701943 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
 - 8814899 - Documentos (2701943 CONTESTACAO PROTOCOLADA Anexo 02)
 - 8814903 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8814906 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8814914 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

17:10

22 Jan 2020

REDISTRIBUÍDO POR COMPETÊNCIA

Document Viewer: downloadBinario.seam 1 / 10

2701943- CS/ 2020-00959/ INVAUZDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08144998220198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao

System Tray: 17:10 12/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08144998220198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCONIS NOBRE DE SENA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/02/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190166521	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA	Data do acidente: 11/10/2018	Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 26/02/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO PÉ DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + TENORRAFIA). ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com seqüela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **11/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/03/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONIS NOBRE DE SENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000069560-1

Nr. da Autenticação 246D3EF3A7D0D2B0

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2,362.50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 4 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCONIS NOBRE DE SENA**, em curso perante a 5ª VARA CÍVEL da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08144998220198180140.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código BGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	
	02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre	1 - A pé	1 - Automóvel	X Capacete	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	
	4 - Espontânea	5 - Orientada	6 - Obedece a comandos	Pulso	
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	
	1 - Igual	1 - Chelo	1 - Sim	0 - Sem Dor	
Assistência	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Aspiração	32 Hospital de Destino	1 - Melhorado	1 - Sim	
Observações Interdisciplinar	35 Observações	36 Observações			
	37 Observações				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONIS NOBRE DE SENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000069560-1

Nr. da Autenticação 246D3EF3A7D0D2B0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.748/0001-00 | Ins. Estadual: 10.201.382-5
Nota Fiscal / Cont. de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 011201929

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	25/09/2018	182	215,09

MARIA DO CARMO DA SILVA COSTA
R. CORRENTE 432 AGUA MINERAL
CPF: 00093610783301
CEP: 64.006-510 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2384	Atual:	18/09/2018
Anterior:	2202	Anterior:	17/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/10/2018
Consumo Medido:	182	Emissão:	27/09/2018
Consumo Padrão:	182	Apresentação:	18/09/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Número Medidor	Pólo	Código Fiel
RESIDENCIAL	MONO	A1849933		1.4.1.1
				131

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/18 174	CONSUMO 30 A R\$ 0,286372 = 8,59
SEP/18 137	70 A R\$ 0,490937 = 34,36
OUT/18 172	82 A R\$ 0,736399 = 60,38
NOV/18 145	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,98
DEZ/18 147	DIFERENÇA DE TARIFA 48,31
JAN/18 111	SUBVENCAO BAIXA REMOA 35,04
FEB/18 100	DOACAO LBY - 0800 055 5099 20,00
MAR/18 91	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 3,42
ABR/18 116	MULTA POR ATRASO (2X) 6,94
MAY/18 109	PARCELAMENTO DE DÉBITOS 17/24 56,36
JUN/18 109	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 2,79
JUL/18 109	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,19

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LEQUE COM 05 DIAS E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 17/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RECORRENDO AO FISCAL C594.C5E8.0AAC.1438.1010.F734.B006.715B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,38	Base de Cálculo:	151,64
Energia:	59,68	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	9,38	Valor do ICMS:	33,36
Encargos:	9,51	Valor do PIS:	1,48
Tributos:	41,69	Valor do COFINS:	6,65

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03
0,00			0,00			0,00

PI CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, REGERER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Socorro de Maria Pires Queiroz

inscrito (a) no CPF/CNPJ 482 034 403, 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcelo de Nobre de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 829 593, 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Marcelo de Nobre de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 829 593, 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua - Moribanta Jota</u>	Número: <u>3825</u>	Complemento: <u>Lado</u>
Bairro: <u>Redenção</u>	Cidade: <u>TEUCARUA</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: <u>,</u>		CEP: <u>64.000-000</u>
		Tel.(DDD): <u>86-99153-9581</u>

Local e Data:

TEUCARUA-PI 18.02.19

Socorro de Maria Pires Queiroz

Assinatura do Declarante

**PI CORRETORA
DE SEGUROS**

22 FEV 2019

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

Eu, Antonio Carlos Cardoso da Silva

RG nº 365934, data de expedição 23/10/80

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 20108953368

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

Piçarra, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Barão do Grajaú, nº 2066

complemento Carim, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Marcosia Nobre de Senna, cujo o condutor era

MARCOSIA NOBRE DE SENNA

Veículo: Moto Modelo: Honda NXR 150 Ano: 2017

Placa: NID-8324 Chassi: 9C2KD04209R001609

Data do Acidente: 11/10/18

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

Local e Data: TERESINA-PI 12/02/2019

Antonio Carlos Cardoso da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Mônica M.
Esc.

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº 36290

CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (06) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO CARLOS CARDOSO DA SILVA. DOU FE. EN TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 12/02/2019. Empl.: 3.85 TJSO. FMP: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 Selo: 36290 (F410P113)
Mônica Mônica
Mônica MARIA DE CÁSTRO DIAS RIBEIRO-ESCRITURA AUTORIZADA



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

PJ COORDENADOR
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Marconis Nobre de Sena

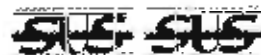
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 289 291

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPC: 05.522.917/0027-02



Imp: 11/10/2018 12:24:34

(User: RODOLFFO MARTINS)

(Relação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA		Prontuário: 289291	
Mãe: MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA SENA		Pai: ANTONIO SOARES DE SENA	
End. Resid.: RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 08/09/1991	Idade: 27a1m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9536-5349
Responsável: RAFAEL SILVA COSTA		CNS: 698003908677922	
Profissão: OPER. DE MAQUINA		CPF: - - - * RG: 3226917 - SSP	
G. Instrução: Médico Incompleto		E. Civil: Concubinato	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 688592	Data: 11/10/2018 12:23:22	Condução: AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não	CID Secundário: 1299

DADOS CLÍNICOS:

Fratura exposta tíbia D, lesão contante no dorso do pé D

PROMOTORIA
DE SEGURANÇAS

22 FEV 2019

DEPAT

PA ☒ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Tem: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ao cc

RAIO-X REALIZADO
DATA 11/10/2018

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido () Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	DESTINO: () Família () IML () Anat. Patol.	() Retorno à Unid. Origem	() Transferência
		DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____	
ÓBITO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs		() Internação na Unidade	
		Proced. Solicitado: 0408050500 CID Compatível: 882.2 Prof. Solicitante Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável:

Carimbo- Assinatura - Profissional BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: R6 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Tm: 11/10/2018 12:24:54

(RODOLFO MARTINS)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA		Prontuário: 289291
Mãe: MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA SENA		Pai: ANTONIO SOARES DE SENA
End. Resid.: RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/09/1991	Idade: 27a1m3d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9536-5349
Responsável: RAFAEL SILVA COSTA		CNS: 898003908677022
Profissão: OPER. DE MAQUINA		Documento: CPF: . . .
G. Instrução: Médico Incompleto		E. Civil: Concubinato
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 688592	Data: 11/10/2018 12:23:22	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/10/18 : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TCE + Fratura Exposta Tibia

CD: Raio-x

Solicito avaliação da clínica médica

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR Nº LAUDO: 139452
AIH: 2218101746498

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IUT	3828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
700305930583F39	MARCONIS NOBRE DE SENA	09/09/1991	M	289291
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86999999999	MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA SENA	RAFAEL	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
		412		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RISOLITA NEVES		221100 TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA TIBIA D, LESÃO CORTANTE EM DORSO DO PE D.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO - RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050900 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

CARÁTER	SOLICITAÇÃO	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)
URGENCIA	11/10/2018	ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	CRM
11/10/2018 12:33	12/10/2018 09:00	CPP: 83823077368
	MOTIVO ALTA	
	MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CHOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	
CPF: 07939400363 CRM	DATA ANÁLISE 11/10/2018 14:59:27 JCPF
	CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

[Handwritten signature]

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/10/88

NOME DO PACIENTE: <u>Wlirconis Nobre de Sene</u>	CRONTUÁRIO Nº: <u>289391</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dre Auzama</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dra R3 Denine</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Jackson</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Solange</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>6.5.7.10 e 7.5</u>	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.0 e 8.5</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	250		PVPI TINTURA	ML	30	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	03	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Crepom</u>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				SECRETARIA DE SEGUROS 22-24-28-2019 DPVAT			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Klenia</u>			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Evaldama</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Marcos Nobre de Sena

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Exposta Diáfise Tibial D + Lesão Tendões Externos Pé D

Operação - Tipo

UMC + Fixação Interna Tibial + Tenorrafia

Cirurgião

Ayrana

1º Assistente

Demis

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

11.10.18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura Exposta diáfise Tibial D
Lesão Tendões Externos Pé D

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Ø

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Piel em DDA sob raqui anestesia
- ② Anestesia e antissepsia + campos estéril
- ③ UMC pé e perna
- ④ Tenorrafia de tendões externos do pé
- ⑤ Extensão da incisão em face medial da perna
- ⑥ Redução da fratura
- ⑦ Fixação com placa xCP estrutural 8 furos
- ⑧ Sutura + Quetico

22 FEV 2019

AG 1

		FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>ELIAROMAS NOBRE DE SENA</u>		Sala: <u>05</u>	Alergia: <u>NEGA</u>	Data: <u>11/10/18</u>	
Procedimento: <u>HTO CIB. FRATURA TÍBIA</u>		Cirurgião:		Observações:	

Agente	Unid	5	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Cefazolina</u>	<u>2g</u>	<u>X</u>											
2 <u>Hebimelaton</u>	<u>150mg</u>												
3 <u>Vanilidol</u>	<u>15mg</u>												
4 <u>3mg 0.5%</u>	<u>15mg</u>												
5 <u>Fentanyl</u>	<u>15mg</u>												
6 <u>Demul</u>	<u>80mg</u>												
7 <u>Quilon/Pharm</u>	<u>9mg</u>												
8 <u>Bupivacaina</u>	<u>2g</u>												
9 <u>Propofol</u>	<u>100mg</u>												
10 <u>Le fopros</u>	<u>100mg</u>												
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico UAS 1, 320
- Cat. Venoso nº 6
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal 3P/Endotr.
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PAM
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: DOSSA

SP02 (%)	<u>96</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>
ETCO2 (mmHg)	<u>40</u>	<u>35</u>	<u>35</u>	<u>35</u>	<u>35</u>
Aces. Venoso	<u>SF</u>	<u>SF</u>			
Aces. Venoso	<u>V</u>	<u>V</u>			
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

Raqui-anestesia em L3-L4 com fentanyl 20g
2 (V20) Clona.

Dr. J. A. F. F. F.
Med. Anestesiologia
CRM 12424

Anestesiologista



JUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

extra 7

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCONIS NOBRE DE SENA		289291	27	ORTOPEDIA	Corredor 7		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DI: 30/12/18	FRAT. TIBIA+LESÃO TENDÃO PÉ D						
12/10/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs						
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Liquemine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs						
10	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Ricardo S. Valença Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM3415-TEOT10029	CRM12308	CRM3760-TEOT11305	CRM3367				

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Marcos Nobre de Sousa		Ortopédica	economon		
DIA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
# POI Fixação Fratura Tibial + Tenorquia Pé					20:50' paciente admitido procedente da SRPA em Poltto com diagnóstico de fratura de tibia + tenorquia do pé D, consequente, orientado, físico. Nega patologias endócrinas e alergias a medicamentos.
11/10/18					
1 DIETA ORAL LIVRE após RPA					
2 SF 0,9% 500 ml EV AO DIA					
3 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 H					
4 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
5 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
6 TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/6 H					
7 CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H					
8 SSW e CCGG					
9 Higienização das mãos					
SC 12/12h					
0					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcos Roberto de Jesus IDADE 26 anos DATA 11/10 /2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃOCIRURGIA REALIZADA frat. Tibia CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>118/65</u>	<u>110 x 53</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>105</u>	<u>126</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Rome</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta diáfragma ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL		10	
ESCALA DE DOR ALTA 			ASS: <u>Klénia Freire Parentes</u>		ENF: <u>ERICA</u>	
			COREN-PI: 484025			

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:45 Admitido na SRPA, em POC de fr. Tibia. Consciente, orientado.Exame em AA. RU positiva.

Klénia Freire Parentes
ENFERMEIRA
COREN-PI: 484025

RAIO-X REALIZADO
DATA 11/10
FAIXA 11/10

Dr. Marcos Luciano Crisanto
Médico
CRM - PI 5081
CRM - MA 7296

ALTA SRPA
HORÁRIO
ANESTESIOLOGISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCONIS NOBRE DE SENA** (Prontuário: **289291**)
 Endereço: **RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **08/09/1991** Idade: **27a4m3d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **688592**
 Requisição: **882211** Solicitação: **11/10/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1093068** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080168

Data Exame: 11/10/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no 1/3 médio da tibia.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Fratura no 1/3 médio da tibia.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/01/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNES: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCONIS NOBRE DE SENA (Prontuário: 289291)**
 Endereço: RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 08/09/1991 Idade: 27a3m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 224827
 Requisição: 882322 Solicitação: 11/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1093199 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ANEXO I EXTRA 004

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060188

Data Exame: 11/10/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço médio da tíbia direita.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/12/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: Hospital ProMorar

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA

Data do exame: 20/12/2018

Id Paciente: 3540HP

Data do laudo: 27-12-2018

Raio X de Perna Direita

Exame radiológico de controle pós-operatório de fratura cominutiva mediana da tíbia direita.
Presença de placa e parafusos metálicos para correção da fratura.

Conclusão: fratura cominutiva da tíbia direita. Controle radiológico evolutivo pós-operatório.

Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro

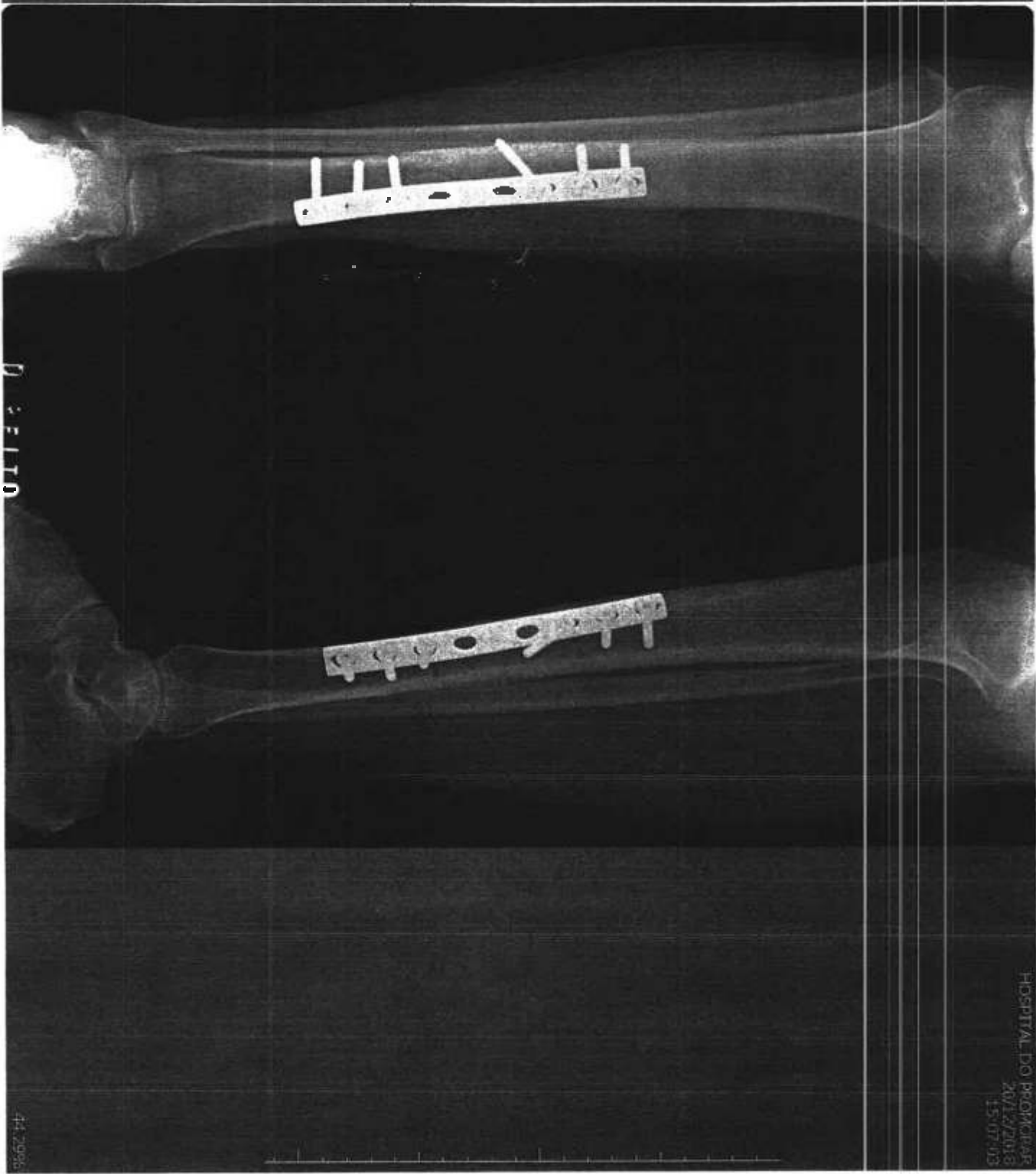
Médico Radiologista

CRM-PI: 805



MARCONIS, NOBRE DE SEN A
0277 M 3540-HP
NASC: 08/09/1991
PERNA LAT
LOW EXM
4280 X 3520

HOSPITAL DO PRONCIAR
20/12/2018
15:07:03



W1028 L 511

0 2 1 7 0

44 2096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



marcelino nobre de sena
1227808

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.226.917 DATA DE EMISSÃO 11/04/18

NOME ~~MARCELO NOBRE DE SENNA~~ MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA
FILIAÇÃO ANTONIO SOARES DE SENNA
NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 08/09/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 1783 L AZ F 147V
EXP. ALTOS-PI. 06/04/18
CPF 052.827.593-30
1227808

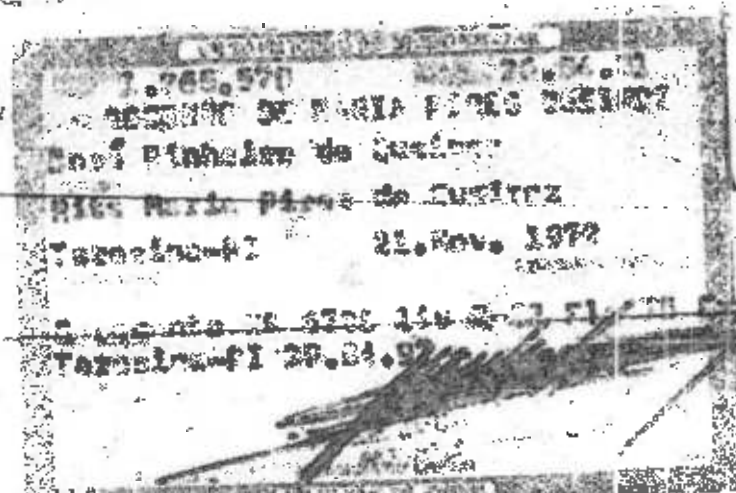
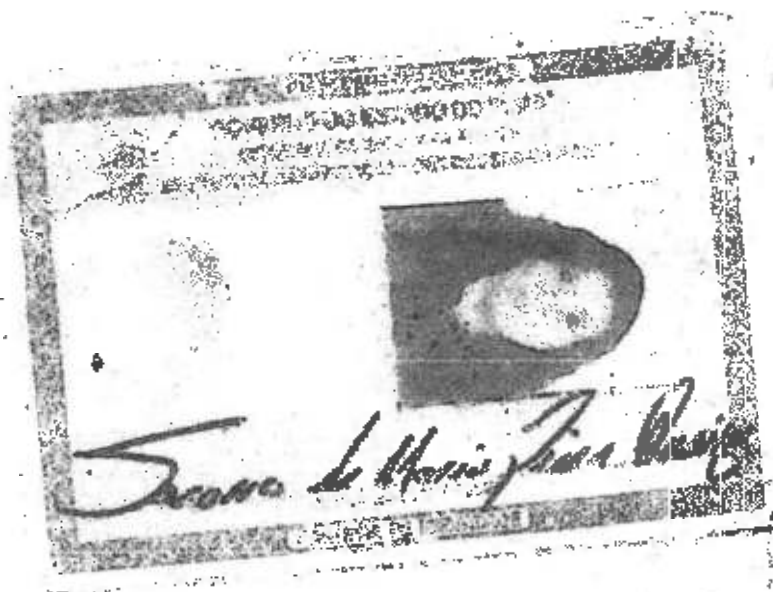
LEI Nº 7.116 DE 20/09/83 - DECRETO Nº 88.350/83

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Secretaria de Segurança Pública - Piauí

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT



21/08/2018

Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF

RECEITA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DFVAT



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 482.034.403-04

Nome: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Data Nascimento: 21/11/1972

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166521 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA **Data do acidente:** 11/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + TENORRAFIA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066123/19

Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA

CPF: 052.827.593-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/10/2018

Titular do CPF: MARCONIS NOBRE DE SENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ : 482.034.403-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCONIS NOBRE DE SENA : 052.827.593-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ
CPF: 482.034.403-04

SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166521

Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA

Data do Acidente: 11/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONIS NOBRE DE SENA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166521

Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA

Data do Acidente: 11/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONIS NOBRE DE SENA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCONIS NOBRE DE SENA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000069560-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052 82759330 Nome completo da vítima: Marcos Nóbil de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo: Marcos Nóbil de Sousa CPF: 052 82759330

Profissão: RECUADO-ME RUA - COINTE Número: 412 Complemento: 1070

Bairro: Água Mineral Cidade: TEGUPANA Estado: PI CEP: 89.006-510

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86- 99753-9581

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 69560 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Terre - PI 22.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-me ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000618/2019-56

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 13/02/2019 - 15:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

11/10/2018 - 11:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA MAGALHÃES FILHO, Nº:

Complemento

Bairro

MARQUÊS

Ponto de Referência

BANCO DO BRASIL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA (27 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3226917 SSP PI

Mãe: MARIA ZÉLIA NOBRE DE SOUSA SENA

Endereço: RUA CORRENTE, Nº 412

Bairro: RISOLETA NEVES

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR PRETA, PLACA NID-8324-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO CARLOS CARDOSO DA SILVA, QUANDO COLIDIU COM A PORTA ABERTA DE UM AUTOMÓVEL QUE ESTACIONOU EM LOCAL NÃO REGULAMENTADO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 289291). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima Cordeiro
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Marconis Nobre de SENA
MARCONIS NOBRE DE SENA (27 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052 82759330 Nome completo da vítima: Marcos Nóbil de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo: Marcos Nóbil de Sousa CPF: 052 82759330

Profissão: RECUADO-ME RUA - COINTE Número: 412 Complemento: 1070

Bairro: Água Mineral Cidade: TEGUPANA Estado: PI CEP: 89.006-510

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86- 99753-9581

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 69560 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

22 FEV 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Terre - PI 22.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.